FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

N° 269

pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Serge BOGORAZE

Docteur en Médecine de la Faculté de Kazan (Russie) et de la Faculté de Berlin

Né le 4 Mai 1868, à Ekaterinodar (Russie)

Quelques considérations relatives aux Troubles psychiques & "psycho-moteurs" dans l'Encéphalite épidémique

Président: M. le Professeur Henri CLAUDE

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

OLLIER-HENRY, ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VIe Arr.)

1923

269

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE N°

pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Serge BOGORAZE

Docteur en Médecine de la Faculté de Kazan (Russie) et de la Faculté de Berlin

Né le 4 Mai 1868, à Ekaterinodar (Russie)

Quelques considérations relatives aux Troubles psychiques & "psycho-moteurs" dans l'Encéphalite épidémique

Président: M. le Professeur Henri CLAUDE

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

OLLIER-HENRY, ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VIe Arr.)

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

Doyen	M. ROGER
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBE
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, LEJARS, HARTMANN, GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LA PERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LANGLOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	FIESSINGER	LARDENNOIS	RATHERY
BASSET	GARNIER	LE LORIER	RETTERER
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEMIERRE	RIBIERRE
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEQUEUX	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LEREBOULLET	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LERI	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMINOT	LEVY-SOLAL	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	MATHIEU	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	METZGER	TIFFENEAU
CLERC	LABBÉ HENRI	MOCQUOT	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	
DESMAREST		OKINCZYC	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON CHER PETIT-FILS

SERGE BONFILS

« *Labor omnia vincit improbus* »

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

Professeur des maladies mentales et de l'encéphale
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

avec l'expression de notre respect
et l'hommage de nos remercie-
ments.

INTRODUCTION

La question, qui à l'heure actuelle passionne le plus et à juste titre le monde psychiatrique est celle des manifestations mentales de l'encéphalite épidémique.

Nombreux sont les travaux qui traitent cette vaste question, mais l'entente ne semble pas encore définitive sur certains points.

Notre expérience personnelle de la question n'est pas particulièrement grande, mais de la lecture attentive des travaux et des publications traitant cette question, il se dégage, croyons-nous, quelques aperçus, que nous exposerons ici.

Le point qui reste le plus obscur est certainement le groupe des phénomènes dits « psycho-moteurs », si fréquents au cours de l'encéphalite épidémique. Ces phénomènes furent l'objet d'interprétations variables suivant les auteurs et souvent contradictoires et, malgré les nombreux articles et discussions, qui ont eu lieu en particulier au congrès de Quimper, ce problème ne semble pas avoir trouvé une solution définitive.

Ce fut ce problème des troubles psycho-moteurs qui attira tout particulièrement notre attention.

Il nous est agréable d'exprimer ici notre reconnaissance à notre ami M. le docteur Trettakoff, qui nous a inspiré ce sujet et guida nos efforts.

APERÇU GÉNÉRAL & CLASSIFICATION

Un des caractères des formes psychiques de l'encéphalite épidémique est leur variabilité et leur polymorphisme, bien en rapport avec les caractères des lésions anatomiques, éparses et mobiles.

Ainsi les classifications de ces formes, proposées jusqu'ici sont assez variables et aucune ne semble définitive.

Nous nous contenterons donc d'une simple énumération.

En France on distingue généralement les formes suivantes :

Forme léthargique,

Forme insommique simple ou avec agitation hypomaniaque, (Briaud et Borel, Briaud et Reboul-Lachaux, Bremer, etc.).

Forme maniaque (Achard, H. Claude, Abadie et Hesnard, Briaud et Borel, Cruchet, Dupouy, Lhermitte, Petit, etc.).

Forme confusionnelle (Claude, Abadie et Hesnard, P. Claisse, Courmont, Denechau, Netter, Sainton, etc.).

Forme délirante (Beriel et Branche, H. Claude, H. Colin, Dupouy, Briaud et Rouquier, Colin et Lhermitte, Cruchet, H. Roger, etc.).

Forme korsakowienne (Blonquier de Claret, Hesnard, H. Roger, Verger, etc.).

Forme épileptique (Laignel-Lavastine, Rose, Burget et Focquet, Chauffard et Mlle Bernard, Guillain, etc.).

Forme pseudo-paralytique (Ardin-Deltheil, Beriel, Cruchet, Moutier et Calmette, etc.).

Forme avec « stupeur lucide » (Verger et Hesnard).

Forme hébéphréno-catatonique (Laignel-Lavastine, Logre, Combemale et Vullien, Cruchet et Harmaud, G. Petit, etc.).

Forme dépressive (Briaud, Dupouy, Euzière, Panjade, Roger et Aymel, Cruchet, Petit, etc.).

Nous n'insisterons pas sur la question tant discutée, à savoir :

1°) s'il existe ou non des formes psychiques pures, sans signes somatiques associés, ce qui semble douteux ou plutôt inaccessible au contrôle scientifique étant donnée l'importance de ces signes pour le diagnostic de la maladie, ou

2°) s'il faut considérer les troubles, survenant tardivement au cours de la maladie, comme « séquelles » ou bien comme des formes chroniques, ou à rechutes d'une maladie progressive ; cette dernière conception nous paraît la plus vraisemblable.

Le seul groupe qui fera l'objet de ce travail est celui

des formes « psycho-motrices » de l'encéphalite épidémique.

Il semble qu'il y a une grande différence dans la façon de concevoir les faits, suivant que les auteurs les considèrent d'un point de vue neurologique ou bien psychiatrique.

Ainsi, les premières, tout naturellement, tendent à faire prévaloir dans le complexus « psycho-moteur », les phénomènes d'ordre « neuro-musculaire », surtout en raison des recherches modernes sur ce sujet, si nombreuses et si intéressantes ; les secondes, fidèles aux traditions classiques, ne voient que le côté psychique de ce complexus. Nous essayerons de nous orienter au milieu de ces débats passionnants.

Passons donc à la description des formes « psycho-motrices » de l'encéphalite épidémique, telle qu'elle ressort de la comparaison des travaux parus en France sur ce sujet. Il serait prétentieux de vouloir donner dans notre modeste travail le compte rendu de l'énorme littérature, paraissant dans tous les pays du globe sur ce sujet.

FORMES « PSYCHO-MOTRICES »

Nous classerons dans ce groupe les formes : 1° *forme avec « stupeur lucide »*, 2° *forme hébéphréno-catatonique* et 3° les *formes dépressives* en raison de l'importance des troubles moteurs qu'on y observe et auquel est dû l'aspect clinique de ces malades en grande partie, sinon en totalité.

A. — *Forme avec « stupeur lucide »*

La forme avec « stupeur lucide » de Verger et Hesnard (stupeur épidémique des auteurs anglo-saxons) est, d'après ces auteurs : « un état tel, que le malade, d'apparence obnubilée, figé dans son attitude, comme semble-t-il dans son psychisme, arriste, l'air indifférent, « à tout ce qui l'entoure, mais interpellé avec insistance, « il répond et ne manifeste aucun trouble psychique ».

Il ressort avec évidence de cette description, que le phénomène essentiel ici est l'aspect figé du malade avec attitude immobile « stuporeuse » et indifférence toute apparente, ne répondant point à l'état de son psychisme, nullement troublé à l'avis des auteurs.

Il est vrai que MM. Verger et Hesnard considèrent les phénomènes moteurs mêmes, déterminant cet aspect figé, comme étant de nature psychique et c'est là, en somme, la clef du problème.

Qu'est-ce donc que ces troubles moteurs ?

A considérer la terminalogie si riche qui leur est appliquée, on a l'impression d'un vaste groupe polymorphe des phénomènes psychiques et musculaires variés : la rigidité parkinsonnienne, rigidité figée, bradykinésie encéphalitique, la catatonie, la catalepsie, la viscosité musculaire ou viscosité de l'activité volontaire ; on parle même « des condamnés au mouvement volontaire à perpétuité ».

Tandis que la plupart des neurologistes, partisans plutôt de la « rigidité parkinsonnienne », sont généralement d'accord pour la considérer comme un phénomène musculaire, une sorte d'hypertonie musculaire, résultant des altérations anatomiques destructives de la région pédonculo-striée, certains psychiatres, au contraire, voient dans cet état un trouble « psycho-moteur » dû à un « déficit des automatismes complexes, avec suppléance souvent défaillante de la volonté » (Verger et Hesnard).

Ce fut de cette différence de la manière de voir que sortit la discussion du dernier congrès de Quimper (1).

Ici, M. Verger ne peut consentir à appliquer aux malades figés et bradykinétiques, après encéphalite, le

(1) Revue neurologique, août 1922.

te

terme de rigidité musculaire : il ne croit même pas à l'existence chez eux d'un trouble du tonus. Ce sont des « condamnés au mouvement volontaire à perpétuité » et, à cause de cette intervention toujours nécessaire de leur effort, ils en arrivaient à présenter une répugnance absolue à toute activité, répugnance qui explique toute leurs symptômes musculaires et psychiques (Comptes rendus du Congrès, p. 1142, Revue N., août 1922).

M. Hesnard pense que le syndrome moteur en question n'est pas la réaction d'on ne sait quel « système du tonus » à des lésions existantes ; mais l'expression de l'altération d'un vaste système ; à peu près inlocalisable, cortico-mésenphalo-médullaire (surtout méso-céphalique) de l'automatisme supérieur ou complexe lequel peut être suppléé dans fonctionnement par la fonction volontaire.

Enfin pour M. Cruchet, il s'agit d'un trouble volontaire, dont l'origine ne provient pas de la raideur musculaire.

Contrairement à ces auteurs, M. Anglade croit que la rigidité musculaire du type parkinsonnien, avec ou sans tremblement, s'accompagne toujours d'une altération profondément destructive du « locus niger ». Néanmoins, chez des parkinsonniens postencéphalitiques, la rigidité musculaire coïncide souvent, à son avis, avec la « rigidité psychique ».

M. le professeur Claude défend l'existence chez ces malades d'*hypertonie* révélée par :

a) l'examen clinique, car on constate une tension musculaire élastique.

b) l'examen électrologique, montrant l'existence d'un reliquat tonique.

c) l'état des reflexes, réagissant comme dans l'hypertonie.

En somme, M. le professeur Claude défendait là l'opinion régnant dans la Neurologie Moderne, où l'on considère l'état figé des post-encéphalitiques comme l'analogie du même état des parkinsonniens vrais, malades atteints d'un trouble du tonus musculaire, plus ou moins généralisé.

Cette conception du parkinsonnisme qui, dans les grandes lignes fut déjà celle de Brissaud fut l'objet d'innombrables travaux au cours de ces dernières années et, il semblait, que l'accord s'était fait sur ce sujet. Elle est, donc, de nouveau discutée et attaquée sur des points qui paraissaient à peu près acquis, et pourtant les objections faites à cette manière de voir ne reposent pas sur des faits objectifs très nombreux.

Au contraire, l'opinion défendue par M. le professeur Claude à Quimper, trouve de nombreuses confirmations dans les faits invoqués par plusieurs auteurs, tels que :

1° Les modifications de la *chronaxie* observées par MM. Claude et Bourguignon, Laignel-Lavastine et Bourguignon, Bourguignon.

Ces auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

« 1° La chronaxie ne différencie pas les maladies de « Parkinson classiques des syndrômes Parkinsonniens « post-encéphalitiques.

« 2° La chronaxie classe ces malades en deux groupes:

« *a*) Les encéphalitiques récents, qui ont des chronaxies « très augmentées ; *b*) les parkinsonniens post-encépha- « litiques anciens et les parkinsonniens non-encéphali- « tiques. — Il n'y a pas de différence dans la manière « dont ils se comportent :

« La chronaxie différencie les trembleurs des rigides, « mais ne différencie pas les encéphalitiques des maladies « de Parkinson classiques.

« Les trembleurs ont des chronaxies normales. Jusqu'à « présent nous n'avons rencontré ce fait que chez les non- « encéphalitiques.

« Les rigides, quelle que soit la cause du syndrome « parkinsonnien, ont des chronaxies diminuées dans les « muscles hypertoniques et normales ou augmentées lé- « gèrement dans les antogonistes, lorsqu'ils sont hyper- « toniques.

II° Etant donné ces analogies cliniques et électrologiques entre les parkinsonniens vrais et les post-encéphalitiques il est à supposer que les *phénomènes biologiques*, qui sont à la base de ces états soient analogues ; l'examen des faits semblent le prouver.

Ces faits sont : *l'absence de fatigue* chez ces sujets, qui font un travail musculaire tonique pour ainsi dire permanent ;

l'absence d'*élévation thermique* du côté des muscles contractés ;

et les *modifications* pathologiques du *métabolisme* au sein même de ces muscles.

Reprenons ces trois points avec plus de détails :

Dans la très remarquable thèse de M. Tretiakoff (1) nous trouvons les considérations suivantes à propos de l'hypertonie des parkinsonniens (p. 81).

« Scherrington a montré sur le chat qu'après la décé-
« rébration de l'animal, les muscles entrent dans un état
« de contraction tonique, présentant des caractères ana-
« logues aux périodes de contraction des muscles toniques
« des invertébrés. Il est à noter, que cette rigidité qui
« survient après la décérébration, peut persister après des
« heures et des jours *sans que les phénomènes de fatigue*
« *apparaissent. Il en est de même chez l'homme,* où la
« contracture est permanente et dure des années sans
« s'atténuer d'une manière sensible, même dans le som-
« meil. »

Il est facile en effet, de se rendre compte, par l'observation journalière, que les parkinsonniens n'accusent aucune fatigue du fait de leur état hypertonique.

Il en est de même chez les post-encéphalitiques.

Rappelons ici que M. Wilson rapproche également la rigidité parkinsonnienne (et post-encéphalitique) de la rigidité décérébrée de l'homme. Or, la rigidité décérébrée ne peut-être due, à son avis, à une excitation cérébrale : « puisque la fonction du cerveau est supprimée entièrement par la décérébration » (2).

(1) Contribution à l'étude de L'Anat. Pathologique du Locus Niger de Soemmeringe avec quelques considérations relatives à la pathogénie des troubles du tonus musculaire et de la maladie de Parkinson. Jouve, édit., 1919.

(2) Réunion neurologique annuelle de 1921, p. 610.

D'un autre côté, Marinesco a montré (1), que chez les parkinsonniens, comme dans d'autre cas d'hypertonie musculaire, la température des muscles contractés non seulement ne s'élève pas, comme au cours de la contraction volontaire, mais se trouve au contraire bien souvent abaissée.

Cette constatation concorde bien avec l'opinion de certains auteurs (Raaf, Pevkelharring), d'après laquelle : « le processus du tonus est en rapport avec le métabo- « lisme des substances albuminoïdes, tandis que dans le « travail musculaire ce sont les hydrates de carbone qui « interviennent. » (2).

Il est vrai que nous ne connaissons pas de recherches sur la température des muscles des encéphalitiques. Mais, rappelons que Lapique avait montré que la chronaxie était une fonction de la température. Or, nous venons de voir que les modifications des chronaxies des encéphalitiques sont semblables à celles des parkinsonniens vrais, il est donc probable qu'il en est de même pour l'état thermique des muscles.

Ainsi, l'observation, les analogies cliniques et électrologiques entre ces deux états nous autorisent à croire que l'absence de fatigue d'élévation thermique au sein des

(1) Recherches sur la température des muscles du squelette dans certains états pathologiques du système nerveux, Bull. de la Soc. de Biologie, 31 mai 1919.

(2) Cité d'après Tretiakoff : « Contribution à l'étude de l'Anat. Pathol. du Locus Niger, etc. », 1919, p. 79.

masses musculaires (en rapport probablement avec le régime nutritif particulier des muscles), constatés chez les parkinsonniens vrais, existent aussi chez les encéphalitiques.

III. — Enfin des *faits anatomiques* montrent avec évidence que les lésions pédonculaires circonscrites (tumeurs, balle-cas de Mendel-Bechet, Bloch et Marinesco, Eisenlohr) sans altération aucune du reste de l'encéphale et, par conséquent, sans lésions corticales, — peuvent reproduire parfaitement la rigidité du type parkinsonnien bilatérale ou même unilatérale. — D'autre part, en ce qui concerne la rigidité encéphalitique, M. Tretiakoff a montré l'importance des lésions dégénératives du locus niger analogues comme intensité aux altérations de la même région qu'il a décrit dans la maladie de Parkinson typique et qui furent retrouvés depuis par Foix, Marinesco, Anglade dans un cas de rigidité encéphalitique (1). Dans un autre cas semblable Tretiakoff et Bremer (2) ont constaté des lésions atrophiques, presque exclusivement limitées au locus niger, sans altérations corticales.

Il semble donc bien, qu'en présence des preuves *cliniques*, *biologiques* et *anatomiques* aussi nombreuses, il est difficile de ne pas reconnaître la similitude de ces deux états parkinsonnien et encéphalitique ; de même que leur nature pédonculo-striée paraît à peu près certaine.

Mais revenons aux autres termes appliqués aux encé-

(1) Loc. cit.

(2) Revue neurologique, 1920, n° 7.

phalitiques. Le mot « catalepsie », pour si expressif qu'il soit, risque croyons-nous d'induire en erreur. Sans parler des états cataleptiques des hypnotisés et des hystériques, dont l'interprétation est au-dessus de nos ressources, le terme de « catalepsie simptomatique », appliqué par Brissaud à une foule d'états catatoniques ou pseudo-catatoniques, qu'on voit au cours des diverses maladies mentales : états confusionnels et mélancoliques, démence précoce, — ce terme, englobant un groupe d'états semblables en apparence, mais pouvant être très différents en réalité perd de ce fait sa précision. D'un autre côté, l'introduction dans la sémiologie nerveuse par Babinski, de la « catalepsie cérébelleuse », complique encore la situation.

Un parkinsonnien de Babinski et Jarkouski (1) gardait la position de « catalepsie cérébelleuse », mais cet état, à l'avis des auteurs s'en distingue par l'absence de souplesse.

On ne voit donc pas l'avantage de confondre dans ce groupe des états cataleptiques, déjà assez mal délimités, un nouveau phénomène, celui de la rigidité des encéphalitiques.

Mais les difficultés sont plus grandes encore lorsqu'il s'agit de différencier le parkinsonnisme encéphalitique avec la « catatonie » des déments précoces.

Qu'est-ce donc, que la « catatonie ? »

(1) Société de Neurologie, juin 1920.

Régis en parle en termes suivants (1) :

« Sous le nom de catatonie (kata, toros, en contrac-
« tion) Kohlbaum a décrit en 1874 une psychose spéciale
« à marche cyclique, constatant en la succession de pha-
« ses de mélancolie, de manie et de stupeur, accompagnés
« d'un affaiblissement intellectuel avec conception déli-
« rantes actives, mais peu systématisées, et se distinguant
« par des troubles du système nerveux moteur ayant les
« caractères de la spasticité (Spannungs Irresein).

« Aujourd'hui on tend généralement à admettre dans
« la catatonie de Kohlbaum deux sortes d'états: l'un qui
« appartient à la démence précoce, dont il constitue l'une
« des formes cliniques principales, la forme catatonique;
« l'autre, qui ne serait qu'un symptôme catatonique ou
« cataleptoïde (catalepsie symptomatique de Brissaud),
« susceptible d'être observé dans nombre de névroses et
« de psychoses, en particulier dans l'hystérie, dans la
« mélancolie (Seglas), dans le délire systématisé ou para-
« noïa (Grabe), dans les auto-intoxications (Brissaud et
« Lamy, Latron, Régis et Lalanne, Parini et Madia
« 1908) vont jusqu'à considérer la catatonie comme un
« simple symptome d'états neuro-psychiatriques divers. Il
« y a pour certains, nous l'avons dit, une *psychose cata-*
« *tonique aigüe autonome.*

« La forme catatonique de la démence précoce, telle
« qu'elle est conçue d'après Kraepelin, est constituée
« par des états particuliers de *stupeur* et d'*agitation* abou-

(1) Précis de Psychiatrie, 5e édit., p. 390.

« tissant le plus souvent à la démence et accompagnés « de *négativisme*, de *suggestibilité* et de *stéréotypie*. »

On voit bien de cette longue citation que le terme de « catatonie » ne s'applique pas seulement aux troubles moteurs que présentent les malades de Kohlbaum, mais à un groupe complexe fait de troubles psychiques et moteurs.

Les phénomènes moteurs, qu'on désigne couramment sous le nom de catatonie font partie du groupe des stéréotypies et même plus spécialement *stéréotypies d'attitude*.

Voici ce que nous lisons à ce propos dans le même livre de Régis (p. 395) :

« Les stéréotypies d'attitudes, dans la démence précoce « catatonique, aussi extraordinaires que variées, sont « totales en général, partielles ou locales (Drouard).

« Au lit, la plupart des sujets se recroquevillent et « s'immobilisent en chien de fusil ou bien les genous « relevés, la tête parfois dressée, parfois au contraire « enfoncée sous le traversin ou sous les draps. Hors du « lit, les uns restent accroupis à terre, agenouillés, pros- « ternés, pelotonnés sur eux mêmes ; d'autres assis de « côté sur le bord d'un siège dans des positions anor- « males et fatiguantes ; beaucoup se tiennent debout soit « sur un pied soit sur les pointes ou les talons, les corps, « les bras, les mains, la tête demeurant indéfiniment dans « l'attitude adoptée et c'est ainsi que se produisent à la « longue, chez certains, ces contractures et rétractions « tendineuses définitives. »

« Le visage participe aussi à cet état de stéréotypie par

« la répétition et la conservation anormales de certaines « expressions naturelles ou artificielles...

« Ce sont des manies représentant ce que l'on appelle « «bouche en groin », « bouche en coin », « bouche en « museau », des clignements d'yeux, des rictus, des con- « torsions de la face, etc... ».

En comparant l'attitude parkinsonnienne des encéphalitiques à cette *catatonie motrice*, ou plutôt à ces *stéréotypies des catatoniques*, nous sommes frappés par des différences notables qui les séparent. En effet, il ne semble pas qu'on ait vu bien souvent un encéphalitique se tenir sur un pied ou rester accroupi à terre, faire la bouche « en coin », ou « en museau ». Il est essentiel de remarquer, que tandis que les stéréotypies d'attitudes des catatoniques sont « *aussi extraordinaires que variées* », on pourrait dire, sans risque de se tromper beaucoup que l'attitude des encéphalitiques est aussi *invariable que similaire d'un cas à l'autre*. Il est vrai que beaucoup de catatoniques ont une attitude préférée fixe, mais à d'autres on peut imprimer des attitudes les plus variées, qu'ils conservent avec une complaisance remarquable. Et en tout cas d'un cas à un autre les variations sont grandes. Rien de pareil chez les encéphalitiques, ils conservent tous la même attitude — l'attitude parkinsonnienne : les coudes en flexion, le tronc incliné en avant, le faciès immobile, et, généralement, il est bien difficile de leur faire conserver une attitude nettement différente, ils reviennent aussitôt à la première.

En somme, dans un grand nombre de cas, l'attitude des

catatoniques est tellement différente de celle des encéphalitiques, que la confusion, ni même la comparaison n'est point possible (1).

Néanmoins, dans certains cas de catatonie, les malades prennent une attitude plus ou moins analogue à celle des encéphalitiques et alors la différence est plus délicate à établir. Ce fut, en particulier, le cas des malades de Dide, Guirand et Lafage (2) et de celui de Laignel-Lavastine et Logre.

A en croire les travaux anatomiques récents, il y aurait une différence nette de localisation des lésions pathogènes dans ces deux états. Chez les parkinsonniens, il s'agirait de l'avis de Tretiakoff de lésions du locus niger, tandis que chez les catatoniques (déments précoces) Laignel-Lavastine, Tretiakoff et Yorgoulesco montrent un foyer dégénératif à la partie antérieure du corps strié, avec intégrité du locus niger. Les dissemblances pourraient être en rapport avec ces différences hypothétiques de localisations anatomiques.

Il résulte de ce que l'on vient de lire relativement à la « catatonie », que ce terme répond à un état très complexe ; et même, si on ne voulait entendre sous cette dénomination que les stéréotypies d'attitude des déments précoces, on engloberait encore sous un même terme des états moteurs assez variés, morphologiquement dis-

(1) Réunion neuroligique annuelle de 1921.

(2) Société de psychiatrie, 17 juin 1920, — L'Encéphale, n° 7.

semblables et dont la plupart ne rappellent point la rigidité des encéphalitiques.

Nous croyons donc qu'il serait préférable de ne pas l'appliquer aux états encéphalitiques.

En résumant ces considérations, sur les différentes variétés de rigidité musculaire, nous pouvons dire que :

1° les termes « catatonie » et « catalepsie » ne répondent pas à la rigidité encéphalique,

2° que les autres dénominations variées de la rigidité encéphalique indiquent un seul et même état analogue des parkinsonniens vrais.

Nous adopterons donc, pour notre part, l'expression « la rigidité parkinsonnienne encéphalitique. »

Revenons, après cette longue diversion, à la « stupeur lucide » de Verger et Hesnard. Il s'agit bien du même état de psychisme normal et, si les auteurs classent cet état parmi les formes psychiques de l'encéphalite, c'est, semble-t-il, uniquement parce qu'ils lui reconnaissent une origine psychique.

Pour nous après ce que l'on vient de lire, il s'agirait d'un trouble essentiellement moteur et nous ne voyons pas de différence notable entre la « stupeur lucide » et la « rigidité parkinsonnienne » simple.

B. — *Forme hébéphréno-catatonique.*

La question infiniment plus délicate est celle de la forme hébéphréno-catatonique de l'encéphalite léthargique.

Ici, en effet, aux troubles moteurs, plus variés eux-mêmes que dans la forme précédente, viennent se joindre des troubles mentaux authentiques, également polymorphes.

Un malade de Logre (1), après un état onirique et confusionnel de courte durée avait présenté de la *catalepsie* : de l'*opposition*, mélangée de docilité ; *réponses rares et incomplètes* avec interruption au milieu d'une phrase ; *mots stéréotypés*, *fou rire*, etc.

Un autre malade présentait également de la catalepsie « *avec oreiller psychique* » *intense*, de l'*opposition* : « résistance aux médecins qui l'observent et aux infirmières qui veulent le nourrir et le nettoyer » ; lenteur et arrêt de la parole : « Perdant ses urines et ses matières dans son lit, il refuse invariablement d'uriner ou d'aller à la selle dans un bassin : parfois *il se lève brusquement* et défèque au milieu de la chambre. Il ne veut pas manger aux heures régulières et se nourrit avec gloutonnerie, selon *son caprice*, à d'autres moment « *Brusques réactions motrices* absurdes et violentes : coups de poing à ses voisins de chambre, morsures, menaces d'étranglement » etc.

En somme, les principaux signes cliniques qui permettent à l'auteur de rapprocher ses malades des hébéphréno-catatoniques, sont :

La catalepsie, au sujet de laquelle nous nous sommes suffisamment étendus, pour ne pas y revenir de nouveau.

(1) Encéphale, 1920.

L'opposition, *reprises rares et incomplètes* avec arrêts au milieu d'une phrase.

Réactions motrices brusques.

Stéréotypies, *fou rire, indifférence et torpeur intellectuelle* avec *préoccupations hypocondriaques,*
et les troubles mentaux : état onirique et confus.

Il est évident que ce sont là des phénomènes cliniques, qui contribuent à caractériser l'hébéphréno catatonie, mais constituent-ils l'apanage exclusif de cette maladie ? — Certainement non. Reprenons donc séparément chacun de ces phénomènes cliniques :

1° Nous nous sommes suffisamment étendus au sujet de la « *catalepsie* » (rigidité parkinsonnienne encéphalitique) pour n'avoir pas à y revenir.

2° L'*opposition*, les *réponses rares et incomplètes*, les *réactions motrices brusques* constituent un ensemble des phénomènes qui, de même que la catalepsie, font partie du syndrôme parkinsonnien, avec lequel les encéphalitiques ont tant de traits communs.

En effet, cette opposiion est, en quelque sorte une opposition « motrice » : le malade refuse de se lever pour sortir, s'oppose aux personnes qui veulent le nettoyer, préfère perdre ses matières dans son lit que d'aller sur un bassin, etc.

On connaît bien cette aversion des parkinsonniens à tout mouvement, rendant leurs soins si difficiles (il faut faire ici une réserve pour la « forme akathisique », où au contraire les malades ont besoin d'un mouvement

incessant). D'une autre part, de même que leurs membres s'arrêtent parfois au cours d'un mouvement, leurs phrases restent souvent inachevées, ce qui est bien connu des médecins, qui ont l'habitude des parkinsonniens, ainsi que leurs propos rares, prononcés à voix monotone et éteinte, parfois incompréhensible, et leur aversion pour la conversation.

Un phénomène parkinsonnien plus curieux encore et dont il est bon de se souvenir ici est celui que TILNEY a dénommé « progression *métadramique* » et que M. SOUQUES, en élargissant son contenu, appelle « *Kinésie paradoxale* ». La Kinésie paradoxale consiste en ce fait que certains malades, à peine capables de marcher lentement et difficilement, deviennent par moments, capables de courir ; incapable de remuer un pied, soulever une jambe, ils peuvent, à d'autres moments, croiser un genou sur l'autre avec une aisance surprenante ; ne pouvant prononcer un mot pendant de longs instants, ils se mettent brusquement à parler avec aisance (1).

De son côté M. CLAUDE (2), avait observé chez les parkinsonniens vrais ou encéphalitiques des accès soudains de gaieté ou d'excitation de très courte durée, suivis de dépression également brusque.

L'auteur se demande : « si ces états d'excitation transi-
« toire conscients et impulsifs, ne représentent pas des
« équivalents des pertubations du mécanisme du régu-

(1) SOUQUES : Réunion neurologique annuelle de 1921, p. 559.

(2) Réunion neurologique annuelle, séance de 1921, p. 649.

« lateur du tonus qui caractérisent surtout le trouble de « l'activité motrice dans l'état parkinsonnien. Il s'agissait « peut-être ici de modifications de l'émotivité en rap- « port avec les altérations corticales passagères, insuffi- « samment contrôlées par les centres régulateurs de « l'expression psycho-motrice. Des altérations analogues « du contrôle de l'expression s'observent dans les états « pseudo-bulbaires, dont les lésions peuvent avoir des « rapports de voisinage avec celles qu'on attribue au « syndrôme parkinsonnien. »

Rappelons, enfin, le « mutisme parkinsonnien » décrit par Babinski, Jarkowski et Plichet (1), lequel « pouvait être brusquement interrompu pour quelques instants, sous une influence émotive. » Les auteurs écartent toute hypothèse d'un trouble mental quelconque, ou de mutisme hystérique ».

A propos des « stéréotypies du langage », il serait injuste d'oublier la *Tachyphénie* (Claude) et la *palilalie* observée par plusieurs auteurs chez les encéphalitiques parkinsonniens. P. Marie et Mlle G. Levy (2) considèrent cette dernière comme un *trouble organique*, qui ne s'accompagne d'aucun trouble psychique et qui serait analogue à la palilalie décrite par Souques chez les pseudo-bulbaires.

(1) Société de Neurologie, décembre 1921.

(2) Voir Société de Neurologie, 12 janvier 1922, et la thèse de Mlle G. Lévy : « Contribution à l'étude des manifestations tardives de l'Encéphalite épidémique, Paris, 1922.

Certains auteurs parlent également des « mouvements stéréotypés » chez les encéphalitiques. Il semble bien qu'il s'agit là des mouvements involontaires plus ou moins atypiques, fréquents en effet chez ces malades. Ces mouvements « syndrôme excito-moteur » de P. Marie et G. Levy à l'avis de la plupart des neurologistes sont d'origine pédonculo-striée, au même titre que les mouvements athétosiques, choréiques ou ceux du syndrôme de Benedict.

Il en est de même du « fou rire », ou rire inextinguible dont les observations ne sont pas rares chez les encéphalitiques en dehors des troubles psychiques et que l'on met volontiers sur le compte des altérations de la région opto-striée, région dont le rôle dans la régulation de l'expression mimique et émotionnelle paraît incontestable.

On voit, donc, que tous ces phénomènes isolés ou même réunis peuvent se voir chez des parkinsonniens typiques et chez les encéphalitiques en l'absence des troubles psychiques. C'est surtout par cette intégrité mentale que de tels états encéphalitiques se distinguent des états hébéphréno-catatoniques.

Il est vrai que la pathologie des troubles analogues dans la démence précoce authentique nous échappe. Les travaux récents montrent l'importance des lésions de la base du cerveau dans cette maladie. Il est donc possible, que des altérations de la même région, ou des régions voisines déterminent des phénomènes cliniques analogues et nous ne contesterons point les difficultés du dia-

gnostic dans certains cas, partageant parfaitement l'avis de M. Logre : en présence d'un syndrôme hébéphréno-catatonique brusquement éclos, nous ne pourrons désormais nous abstenir de songer à l'encéphalite léthargique, et d'en rechercher les autres symptômes (1).

Néanmoins, il nous semble que ces manifestations cliniques chez les encéphalitiques portent un cachet un peu particulier, essentiellement « moteur », et qu'ils rappellent plus les états parkinsonniens que les états hébéphréniques.

C'est cette prédominance des phénomènes « moteurs » que nous avons voulu souligner chez de tels malades.

C. — *Forme dépressive.*

Il en est à peu près de même pour la forme dépressive observée par de nombreux auteurs (Briard, Dupouy, Euzière, Pougade, Roger et Arnes, etc.), et caractérisée par de l'asthénie avec tristesse, semi-mutisme, inaptitude au travail, anxiété, idées hypocondriaques avec, plus rarement tentatives de suicide et les idées d'auto-accusation et d'indignité.

Or, généralement ces états s'accompagnent d'attitude parkinsonnienne et, comme le font remarquer Roger et Aimes : « c'est à tort que l'aspect et l'habitus des parkinsonniens en impose parfois, à un examen superficiel, pour un état mélancolique (pseudo-mélancolie du parkinsonnisme (2).

(1) L'Encéphale, 1920, n° 7, p. 481.

(2) Cité d'après le rapport de Truelle et Petit, p. 14.

Ici encore, il ne sera pas inutile de rappeler ce que nous connaissons de l'état mental dans la maladie de Parkinson.

Les troubles psychiques, à l'avis de Regis, font rarement défaut dans la maladie de Parkinson. « A un premier degré, pour ainsi dire, ils consistent en simples modifications dépressives du caractère et de l'humeur : tristesse, morosité, émotivité, résignation douloureuse accompagnés d'une certaine apathie intellectuelle.

A un degré plus accentué, ces modifications du caractère et de l'humeur se traduisent en outre par de l'égoïsme, de l'exigence outrée, de l'hypersensibilité, de l'irritabilité, et il s'y joint intellectuellement de l'asthénie, de l'obtusion, de la torpeur avec diminution de la mémoire, de l'attention, du pouvoir d'effort. Bien qu'en pleine lucidité et en pleine conscience, les malades sont incapables du moindre travail mental, de la moindre concentration d'esprit, de la moindre réflexion...

Le même auteur rappelle que les psychoses indiquées par Bale et Parent comme plus spéciales à la maladie de Parkinson sont les psychoses mélancoliques à forme dépressive, avec idées délirantes de crime, de culpabilité, surtout d'hypocondrie et de persécution et tendance au suicide ». On voit donc que les tableaux des phénomènes dépressifs des encéphalitiques et des parkinsonniens est bien le même, et à l'avis de nombreux auteurs : « leur terrible infirmité l'explique aisément. » (1).

(1) Claude, Souques, Réunion 1921, p. 561.

On comprend, en effet, facilement la tristesse, la préoccupation de ces malades concernant leur état pénible et surtout incurable ; la tendance au suicide de ces malades n'est pas seule une preuve de leur lucidité, d'autre part, leur attitude d'immobilité, leur aversion pour tout mouvement, y compris la conversation, doivent certainement être mis sur le compte de leur état musculaire.

En somme, on voit qu'ici encore l'analogie est parfaite entre l'état mental des encéphalitiques et des parkinsonniens vrais. Evidemment, le fait que ces troubles s'observent dans la maladie de Parkinson ne leur enlève rien de leur caractère dépressif, mais il n'est pas moins vrai, que ce caractère est en très grande partie justifié par l'état pénible des malades, que d'autre part, l'aspect mélancolique extérieur des sujets est entièrement « simulé » par leur état musculaire et que, par conséquent, la part qui revient à la « dépression mentale » pathologique, à proprement dit, est bien faible et dans un très grand nombre de cas elle est probablement nulle. Il est donc nécessaire de tenir compte avant tout de l'état *moteur* de ces sujets.

CONCLUSIONS

Parmi les nombreuses manifestations mentales de l'encéphalite épidémique il y a un groupe qui se distingue par l'importance des *phénomènes moteurs*.

Ces troubles moteurs sont : la *rigidité parkinsonnienne* et les mouvements involontaires variés, atypiques ou choréo-athétosiques.

Diversement interprétés par les auteurs, ces phénomènes sont plutôt d'origine pédonculo-striée, comme de très nombreux travaux récents le prouvent que de nature psychique.

En imprimant aux malades une attitude et un aspect particulier, leur état musculaire simule en grande partie les troubles psychiques, tels que : la stupeur catatonique ou mélancolique, les stéréotypies, etc.

Ils s'accompagnent parfois de phénomènes d'interprétation plus délicate, comme le rire inextinguible, la pallalie, les tics, que certains auteurs localisent également dans la région de la base du cerveau et, lorsque les troubles mentaux authentiques viennent compliquer le tableau clinique, — des états pseudo-mélancoliques, pseu-

do-stuporeux, ou pseudo-hébéphréno-catatoniques se trouvent réalisés.

Il nous semble, que la forme avec « stupeur lucide » résulte uniquement de l'état moteur des malades, sans aucun trouble psychique appréciable.

Par conséquent, avant d'affirmer l'existence d'un de ces états psychopathiques au cours de l'Encéphalite épidémique, il est indispensable de tenir compte de l'importance des *syndromes moteurs*, qui impriment aux malades un aspect particulier, mais sont indépendants de l'état mental de ces sujets.

Vu :
Le Président de Thèse,
HENRI CLAUDE.

Vu :
Le Doyen,
H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

ABADIE et HESNARD. — *Sur une forme psychique pure d'encéphalite épidémique.* Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux, 29 mai 1920.

ACHARD. — *L'encéphalite léthargique.* 1 vol.

BABINSKI et JARKOWSKI. — Soc. de Neurologie, 3 juin 1920.

BERNADOU. — *La Psychomotricite pathologique,* thèse Paris, 1922.

BRIAND et REBOUL-LACHAUX. — Soc. clinique de Médecine mentale, décembre 1921.

BRIAND et PORCHER. — Soc. clinique de médecine mentale, avril 1921.

BERIEL et BRANCHE. — *Encéph. léthargique.* Soc. méd. des hôp. de Lyon, 3 février 1920.

BRISSAUD. — *Leçons sur les Maladies Nerveuses* 1893-94.

H. CLAUDE. — *Troubles mentaux dans l'encéphalite épid.* Soc. de Psychiatrie, 15 juillet 1920. *L'Encéphale,* 10 sept. 1920.

H. CLAUDE. — *L'état mental dans le syndrome parkinsonnien.* Paris Médical, 2 oct. 1920.

— *Syndrome strio-pallidal à étapes successives et à*

rechutes dans l'encéph. épidémique. Rev. Neurol., 1921, p. 297.

— *Sur certains troubles mentaux survenus au cours du syndrome parkinsonnien.* Cong. de Neurol., Paris, 1921, p. 649.

— *Syndrome parkins. unilatéral post-encéphalitique avec le reliquat de secousses myocloniques et phénomènes sympathiques.* Soc. de Neurol., 2 juin 1921.

H. Claude et Bourguignon. — *La forme de la contraction aux courants électriques et la chronaxie dans deux cas d'encéph. léth.* Rev. Neurol. 6 janvier 1921.

H. Claude et Brousseau. — *Troubles mentaux d'origine encéphalique à début confusionnel avec palilalie et tachiphénie.* Soc. clin. de méd. mentale, 15 mai 1922.

Claude et Morgue. — *L'inscription graphique de la contraction musculaire reflexe dans le syndrome d'hypertonie.* Cong. de Neurol., juin 1921, p. 655.

Chauffard. — *Encéphalite épidémique.* Acad. de Médecine, 17 février 1920.

Courmont (P.). — Société médicale des hôpitaux de Lyon, 3 février 1920.

Courmont et Harmaud. — *Nouveaux cas d'encéphalomyélite diffuse épidémique.* Bull. de la Soc. de Méd. de Bordeaux, 6 janvier 1920.

Cruchet, Anglade et Verger. — Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 9 janv. 1920.

Denechau, Papin et Blanc. — *Quatre cas d'encéphalite léthargique*. Soc. Méd. des hôpitaux, 4 juillet 1919.

Denechau et Ch. Blanc. — Société Médicale des hôpitaux, 24 décembre 1920.

Deny et Klippel. — *Encéphalite épidémique et apparence de démence précoce*. Revue Neurol., avril 1922.

R. Dupouy. — *Troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique*. Soc. de Psych., 17 juin 1920. *bles psychiques dans l'encéphal. dihe léthargique*. Paris Médical, 30 octobre 1920.

Euzière. — *Les troubles psychiques de l'encéph. épidémique, Gaz. des Hôpitaux*, 2 et 4 déc. 1920.

Harmaud. — *Troubles psych. dans l'encéphalomyélite épid.* Thèse de Bordeaux, 1920.

Hesnard. — *La psycho-encéphal. épidémique et les troubles psychiques dans l'encéphal. die léthargique. L'encéphale*, juillet 1920.

Hesnard. — *Sur un cas de stupeur épidémique*. Soc. de Méd. de Bordeaux, 19 mars 1920.

Laignel-Lavastine. — *Troubles psychiques de l'encéph. épid., Gazette des Hôpitaux*, mars 1921.

Laignel-Lavastine et Logre. — *Hébéphréno-catatonie et l'Encéphalite épidémique*. Société de Psych., 17 juin 1920. V. *l'Encéphale*, 1920.

Lhermitte. — *Les formes prolongées de l'encéphalite*

épidémique. Journal Médical Français, avril 1923.

LOGRE. — *Deux cas d'encéph. épidémique avec syndrome psych. ressemblant au syndr. hébéphréno-catatonique.* — *Encéphale*, juillet 1920.

Mlle LEVY Gabrielle. — *Contribution à l'étude des manifestations tardives de l'Encéphalite épidémique*, th. Paris, 1922.

P. MARIE en collaboration avec Mlle G. LEVY. — *Le syndrome parkinsonnien dans l'encéphalite léthargique*, Bull. Acad. de Méd., 15 juin 1920.

— *Le syndrome excito-moteur*. Rev. Neurol., juin 1920.

— *Paliladie et Syndrome parkinsonnien, par encéph. épidémique*. Soc. de Neurol., 12 janv. 1922.

PETIT. — Soc. Méd. des Hôp., 22 avril 1921. *Les formes ment. prolongées de l'encéphalite épidémique.*

ROGER et AYMES. — Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris.

H. ROGER. — *Les petits signes de l'encéphalite léth.* Presse Méd., 15 mai 1920.

SICARD et BOLLAC. — *Catatonies, hypertonies, attitudes figées au cours de l'encéph. léth.* Soc. Méd. des Hôpitaux, 20 février 1920.

SICARD. — Presse Médicale, 4 avril 1920.

TRUELLE et PETIT. — *Rapport sur les troubles mentaux dans l'Encéph. épidémique au Congrès de Quimper*, août 1922.

VERGER et HESNARD. — *Un cas de stupeur épidémique.* Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux, 17 avril 1920.